



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 4 alla Delib.G.R. n. 52/11 del 10.12.2013

SCHEDA CURRICULARE

NOME	COGNOME	
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA.....	
RESIDENTE IN VIA	CITTA'	CAP
TEL	CELL.....	FAX
E-MAIL		
ENTE/AZIENDA		
PROFILO PROFESSIONALE		
TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO		
Presso	anno	

- Partecipazione a corsi/seminari sulle metodologie della qualità se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Partecipazione a corsi/seminari su autorizzazione,accreditamento,certificazione ISO se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Partecipazione a corsi/seminari su management sanitario se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Partecipazione a corsi/seminari sulla comunicazione se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Allegato n. 4 alla Delib.G.R. n. 52/11 del 10.12.2013

.....

- Partecipazione a corsi/seminari sulla gestione dei gruppi si no

se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- svolge attività presso un Ufficio Qualità si no

- svolge attività a contatto con l'utenza esterna si no

- nella sua attività regolare, gestisce riunioni con operatori si no

- nella sua attività regolare, gestisce riunioni con utenti esterni si no

- nella sua attività regolare, ha contatto con utenza interna (interfacce con i servizi) si no

- nella sua attività regolare, svolge attività di coordinamento di personale si no

- nella sua attività regolare, coordina gruppi di lavoro si no

- ha svolto attività di formatore all'interno dell'Azienda si no

se si, indicare il titolo dell'evento formativo, la tipologia (corso di formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno

.....

.....

.....

- ha collaborato alla progettazione di percorsi di miglioramento della qualità si no

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL DISCENTE

Data,.....